Curs 8

Munca analistului

Contratransferul la Freud

In calitate de concept metapsihologic, contratransferul a fost subiectul multor discuţii. Freud însuşi l-a introdus în teoria psihanalitică, dar a scris puţin despre el. S-a mulţumit cu scurte observaţii, care au suscitat numeroase interpretări.

……………………………………………………………………………………

In *Observaţii asupra iubirii de transfer* (1915), Freud ne spune :

“Pentru medic, acest fapt [repetiţia iubirii de transfer] constituie o informaţie preţioasă şi un avertisment salutar, cel de a fi circumspect faţă de posibilitatea apariţiei unui contratransfer. Medicul trebuie să considere că iubirea pacientei este determinată de *situaţia analitică, iar nu de calităţile sale personale*, că nu are deci nici un motiv să se umfle în pene cu această « cucerire », cum am numi-o înafara analizei ».

Cu această frază, Freud pare să se refere atât la sensul contratransferului ca instrument de cercetare asupra transferului pacientului, cât şi la o concepţie defensivă despre contratransfer (un acelaşi « fapt » constituie o « informaţie preţioasă » şi un

« avertisment »). El mai atrage atenţia asupra contratransferului în aspectul său *narcisic* : dat fiind că iubirea de transfer apare prin repetiţie – pacienta despre care vorbeşte s-ar îndrăgosti de orice alt medic -, analistul trebuie să realizeze că situaţia analitică este cea care o provoacă, iar *nu propria sa persoană*, adică trebuie să se considere drept *contingent* ca obiect al iubirii pacientei. Avem aici o importantă informaţie despre viziunea freudiană privind raportul dintre *narcisismul analistului şi teoria sa asupra pacientului său*.

Freud evocă mai pe larg opinia sa despre contratransfer în 1913, într-o scrisoare către Binswanger :

« [Contratransferul] se numără printre cele mai complicate probleme tehnice ale psihanalizei. Cred că, teoretic, nu este aşa greu de rezolvat. Ceea ce îi oferim pacientului nu trebuie să fie niciodată un afect imediat, ci un afect acordat în mod conştient, iar aceasta într-o măsură mai mare sau mai mică, în funcţie de necesităţile momentului. In anumite circumstanţe putem să oferim mult, dar niciodată din propriul său inconştient. Pentru mine, aceasta ar fi formula. Aşadar, trebuie ca de fiecare dată să-ţi recunoşti contratransferul şi să-l depăşeşti, numai atunci eşti tu însuţi liber. A oferi cuiva prea puţin pentru că-l iubeşti prea mult, reprezintă o nedreptate împotriva pacientului, dar şi o eroare tehnică. Toate aceste lucruri sunt dificile şi poate că trebuie să fii mai în vârstă ca să te descurci cu ele ».

Freud dă de înţeles că, dacă este posibil ca analistul să-şi utilizeze propriile afecte pentru munca sa de interpretare, asta nu presupune o mărturisire faţă de pacient a sentimentelor sale imediate, ci o elaborare a acestora.

……………………………………………………………………………………

După noi, sensul recomandării lui Freud este cel al unei trieri între contratransferul ce « aparţine » transferului pacientului şi transferul analistului asupra pacientului său.

……………………………………………………………………………………

Dacă ţinem cont de viziunea lui Freud asupra raportului dintre narcisism şi relaţia de obiect, l-am putea parafraza astfel : A-i oferi pacientului prea puţin pentru că îl iubeşti prea mult, înseamnă a-i oferi prea mult din analistul său (contratransfer ca transfer al analistului) şi prea puţin din el însuşi (transfer al pacientului).

……………………………………………………………………………………

Ipoteza noastră este că neîncrederea lui Freud faţă de contratransfer (neîncredere care l-a împiedicat, poate, să scrie articolul despre proiecţie pe care îl promisese) avea şi motive privind teoria psihanalitică. El intuia deja că noţiunea de contratransfer este „complicată" prin faptul că implică nu numai „necesităţile" pacientului, dar şi inconştientul analistului cu propriile sale „necesităţi", nu numai transferul pacientului, dar şi transferul analistului asupra pacientului său. Am văzut că, pentru Freud, există o anumită opoziţie cantitativă (exprimată prin conceptul de „investiţie") între narcisism şi relaţia de obiect. Pe de altă parte, am văzut că, de exemplu, atunci când Freud vorbeşte despre mecanismul proiecţiei la gelos, el subliniază că nu realitatea percepţiei gelosului creează probleme, ci gradul de atenţie, investirea exagerată a semnelor de infidelitate fantasmatică a obiectului (încă o dată, un factor cantitativ : „o prea mare importanţă" acordată inconştientului soţiei sale). *In acest context teoretic, o dezvoltare a noţiunii de contratransfer l-ar fi condus pe Freud spre funcţionarea psihică a analistului, cu pericolul nu doar de a ieşi din obiectivitatea analistului, dar şi de a „transfera" investiţia teoretică asupra persoanei analistului, în dezavantajul investiţiei asupra pacientului său. A oferi „mai*

mult" analistului în teoria psihanalitică ar fi însemnat pentru Freud a oferi „mai puţin" pacientului ca obiect de studiu, ar fi însemnat o „nedreptate" făcută pacientului şi o „eroare" teoretică.

……………………………………………………………………………………………

Contratransferul la Melanie Klein

……………………………………………………………………………………………

Afirmaţiile Melaniei Klein despre contratransfer, mai specifice decât cele ale lui Freud, arată că „a-l iubi prea mult" pe pacient poate ţine, pe de o parte, de o apărare a analistului faţă de un contratransfer angoasat sau negativ şi, pe de altă parte, de o *coluziune analist-mamă*. Este vorba de o mamă care are „nevoia imperioasă de a potoli imediat angoasele copilului său" : pentru noi este clar (dacă ne gândim la teoria lui Klein, dar şi la ceea ce ştim despre relaţia mamă-copil) că este vorba de un răspuns matern automat faţă de angoasa bebeluşului. Cum pacientul Melaniei Klein nu este niciodată, în realitate, un bebeluş, această remarcă presupune şi o *coluziune trecut-prezent* în cadrul analizei.

Pericolele subliniate astfel în legătură cu contratransferul sunt considerate ca venind din două direcţii : dinspre dorinţa analistului şi angoasa acestuia (mai puţin dinspre narcisismul lui, ca la Freud), iar pe de altă parte, dinspre coluziunea analist-obiect aparţinând trecutului.

……………………………………………………………………………………………

Dezvoltări teoretice asupra contratransferului

……………………………………………………………………………………………

Insistăm totuşi asupra opiniei noastre cum că, dacă Freud a evitat să introducă în teoria psihanalitică realitatea trecutului subiectului (adică realitatea psihică a părinţilor), a avut pentru aceasta *raţiuni legate esenţialmente de teoria sa asupra pulsiunilor (în care obiectul este contingent) şi de teoria sa centrată pe tehnica analitică (al cărei ideal de*

neutralitate îi cere să fie centrată mai mult pe cercetare decât pe vindecare, aceasta din urmă decurgând în mod indirect, din libera alegere a pacientului în urma analizei conflictelor sale).

Prin conceptele sale de supraeu şi narcisism, Freud face totuşi referire la subiectivitatea (inconştientă) a obiectului extern (părinţii) : supraeul provine din interiorizarea propriului supraeu al părinţilor, iar narcisismul copilului provine dintr-o proiecţie a părinţilor conţinând propriul lor narcisism. De ce Freud a „acceptat" să vorbească, legat de realitatea psihică a subiectului, despre aceste două „oglinzi" ale subiectivităţii inconştiente a celuilalt (părinte) ? O ipoteză ar fi următoarea : cum metoda analitică presupune ca regulă fundamentală asociaţia liberă din partea pacientului, atitudinea esenţială a analistului este de aşteptat să se *opună* supraeului subiectului şi, în acelaşi timp, să se *opună* narcisismului analistului (deoarece pacientul este *obiectul* său de studiu, iar după Freud, cu cât investeşti în obiectul tău, cu atât mai puţin investeşti în propriul tău eu). In aceste condiţii teoretice, a vorbi de *acest tip de subiectivitate a obiectului* nu aduce nici un pericol pentru teoria freudiană, în măsura în care analistul este, *prin înseşi fundamentele metodei sale*, pus în gardă împotriva unei coluziuni cu supraeul şi cu narcisismul părinţilor.

……………………………………………………………………………………………

Cum arată Nancy Katan-Beaufils, comună pentru toţi aceşti autori este problema *actului* şi a coordonatelor după care îl apreciem. Toţi găsesc un criteriu de adevăr în act şi în efectele subiective suscitate de pacient. Opiniile sunt divergente cu privire la maniera de a trata aceste efecte : fie a le da o valoare de adevăr imediat şi ale restitui sub forma unei mărturisiri (M. Little; O. Kernberg, în ilustrarea clinică relatată în capitolul anterior), fie a se detaşa şi ale interpreta (H. Rosenfeld, W. Bion, care descrie analistul ca fiind dator să se străduiască să nu aibă amintiri sau dorinţe).

……………………………………………………………………………………………

Heinrich Racker a oferit repere preţioase pentru munca de elaborare a contratransferului. El subliniază importanţa *fantasmelor pacientului asupra contratransferului* analistului, analiza acestora constituind o parte importantă a analizei transferului. Obiectivitatea analistului se bazează pe un fel de „diviziune internă” care îi permite să analizeze atât propria sa subiectivitate din contratransfer, cât şi subiectivitatea pacientului ; aceasta ne duce cu gândul la rolul „terţului simbolic” pe care îl are analistul, după Lacan. Racker scoate în evidenţă un aspect interesant, anume prezenţa, la analist, a *„unei predispoziţii ce corespunde cu funcţia sa de a fi analist”*; această tendinţă face diferenţa între relaţia analitică şi o relaţie interpersonală, ea constând în intenţia analistului de identificare cu pacientul său (identificare concordantă, bază a înţelegerii). Această idee a lui Racker – ce trimite şi ea la viziunea lui Lacan asupra funcţiei analistului, reluată de Haydee Faimberg în conceptul ei de „poziţie contratransferenţială” conţinând o parte din transfer încă neanalizată – ridică problema, după noi, a *investiţiei* analistului asupra pacientului său ca obiect de cercetare analitică, aşadar ridică o problemă de ordin *economic*.

Identificarea concordantă şi identificarea complementară (cu obiectele interne ale pacientului – termen introdus de Helene Deutsch) sunt invers proporţionale, cu alte cuvinte, atunci când una se intensifică, cealaltă scade. Putem deduce de aici : cu cât creşte identificarea complementară, cu atât scade înţelegerea ; sau, cu cât se pune analistul în locul obiectului pacientului, cu atât el îl înţelege mai puţin pe pacient. Oare această comparaţie, între cele două tipuri de identificări ale analistului, nu seamănă oare cu fraza lui Freud din scrisoarea către Binswanger, „ A oferi cuiva prea puţin pentru că îl iubeşti prea mult, înseamnă o nedreptate făcută pacientului” ? In perspectiva lui Freud, „a iubi prea mult” înseamnă a se plasa în poziţia de obiect real al pacientului (aflat într-o relaţie interpersonală) şi a adopta o poziţie *narcisică* (conform căreia analistul este iubit pentru ceea ce este el, iar nu din

raţiuni transferenţiale, care fac din obiectul iubirii un obiect contingent). Mai credem că, dacă Freud sfătuieşte psihanaliştii să nu interpreteze transferul decât atunci când acesta devine o rezistenţă, el o face tot din această perspectivă *economică*, a investiţiei analistului asupra psihismului pacientului, împotriva alunecării spre psihismul analistului. Interpretarea sistematică a transferului în cursul analizei (în maniera kleiniană) ar fi considerată de Freud, ne imaginăm, ca o *cerere* de iubire din partea analistului, printr-o autoinvestire narcisică a propriei sale persoane. De asemenea, a accentua în mod sistematic partea de *hic et nunc* a şedinţei psihanalitice şi a nu o lega cu trecutul pacientului, ar fi interpretat de Freud ca o tendinţă globală de a atrage investiţia travaliului analitic spre persoana analistului.

Să revenim la Racker. Identificarea concordantă a analistului (înţelegerea sau empatia) este un fel de reproducere sau re-experienţă a propriilor procese infantile ale analistului, dar ca răspuns la *stimuli* ce vin din partea pacientului. Putem spune că pacientul exercită o influenţă specifică asupra psihismului analistului (chiar dacă răspunsul acestuia are drept sursă propriul inconştient) şi că această specificitate ţine de ceea ce autorul numeşte „predispoziţia spre identificarea cu pacientul” şi „funcţia analitică”.

In acelaşi sens, el distinge două tipuri de contratransfer :

„Pe de o parte, avem analistul ca subiect şi pacientul ca obiect de *cunoaştere*, ceea ce *anulează „relaţia de obiect”* propriu-zisă ; în locul ei, apare o aproximativă uniune sau identitate între părţile (experienţele, pulsiunile sau apărările) subiectului şi obiectului. Ansamblul proceselor ce corespund acestei uniuni ar putea fi numit „contratransfer concordant”. Pe de altă parte, avem o relaţie de obiect oarecare [pentru analist], un transfer „real” în care analistul „repetă” experienţe anterioare, pacientul reprezentând obiecte interne ale analistului. Ansamblul acestor experienţe, care există şi ele în mod permanent şi continuu, ar putea fi numit „contratransfer complementar”.

Este important să remarcăm că, pentru Racker, dimensiunea din contratransfer care poate fi un obstacol în analiză (contratransfer complementar sau transfer al analistului asupra pacientului său) vine din măsura în care analistul funcţionează într-o relaţie de obiect. Altfel spus, analistul este împiedicat să fie analist de către aspectul de *reciprocitate* prezent în toate relaţiile interpersonale sau, cum i se spune astăzi, prin tentaţia de simetrie în raportul său cu pacientul (în vreme ce funcţia analitică se bazează pe disimetria poziţiilor analistului şi pacientului).

……………………………………………………………………………………………

In ce priveşte întrebarea dacă analistul trebuie sau nu să-i comunice pacientului aspecte din contratransferul său, Racker afirmă că, spre deosebire de Alice Balint sau de Winnicott, el găseşte că modul cel mai bun de a îndeplini scopul acestor comunicări – a-i arăta pacientului „realitatea contratransferului obiectelor sale interne şi externe” – este analiza fantasmelor pacientului asupra contratransferului analistului. Aceasta este şi alegerea lui Bion, care nu susţine că analistul nu are memorie şi dorinţă, ci că el trebuie „să renunţe [ca scop ideal] la memorie şi la dorinţă” în timpul şedinţei psihanalitice ; adică trebuie să renunţe la „zelul” terapeutic (înţelegere, interpretare şi efectul lor imediat) şi să se arate deschis la identificarea proiectivă a pacientului.

………………………………………………………………………………………………

Harold Searles este un autor care a descris pe larg problemele contratransferenţiale şi de tehnică în cazul stărilor limită (la pacienţii *borderline* sau psihotici). El arată că, deseori, interpretările analistului contează pentru aceşti pacienţi mai puţin decât participarea lui nonverbală, din cauza a doi factori : o funcţionare a pacientului ce corespunde cu o etapă care precede achiziţia limbajului şi participarea nonverbală a membrilor familiei faţă de pacient, în cursul copilăriei. Faptul că diferenţierea eului pacientului este incompletă „diminuează

posibilităţile sale de a utiliza interpretările verbale”, deoarece „el nu funcţionează ca o persoană care ştie că analistul său şi ea au fiecare individualitatea sa şi realitatea sa subiectivă proprie”. Cum subiectul manifestă „o lipsă a sensului realităţii exterioare, dar şi interioare”, „analistul se vede determinat să *îi impună pacientului propria sa realitate*, în loc să lupte cu el pentru a-l ajuta să dobândească un sens al realităţii care să fie valabil pentru el şi numai pentru el” ; autorul o citează pe H. Deutsch, care arată cum pacientul, dacă îşi „adaptează” sensul realităţii la cel al analistului, nu face decât să repete adaptarea „as if” pe care a realizat-o după modelul figurilor parentale. (Din acest punct de vedere, am putea considera că, arătându-i în mod explicit pacientului contratransferul său, analistul îşi impune propria realitate psihică sub forma unei „realităţi exterioare” care nu este achiziţia pacientului). Această situaţie repetă şi situaţia din copilărie când sugarul reprezintă un instrument prin care mama îşi satisface nevoile inconştiente.

…………………………………………………………………………………………………

O viziune radicală asupra contratransferului este cea a lui Jacques Lacan, care îi oferă o conotaţie negativă, punând un accent pozitiv numai pe ceea ce Racker numea „predispoziţia la funcţia analitică”. După Lacan, analistul nu operează prin efectul inconştientului său, ci din poziţia sa în analiză, poziţie ce nu este cea a subiectivităţii (chiar suscitată de transfer), ci cea a obiectivităţii funcţiei sale (de subiect ce se presupune că ştie). Teoria lui Lacan vizează o critică generalizată a relaţiei analitice concepută ca situaţie interumană implicând persoane şi comportamentele lor reciproce. Analistul nu este iubit pentru el însuşi, ci pentru că este un Altul (destinatar căruia îi vorbeşte subiectul). Interpretând, analistul operează din poziţia Celuilalt care nu este nici analistul, nici pacientul, ci un terţ simbolic. Astfel, dispozitivul analitic se oferă ca un artefact şi nu ca întâlnirea dintre două inconştiente, iar acest artefact presupune punerea în paranteză a analistului ca subiect. Analistul nu operează ca efect al inconştientului său, ci ca efect al analizei. Nu este greu să

detectăm, în aceste afirmaţii, viziunea lui Freud asupra curei psihanalitice. In ultimă instanţă, remarcă Colette Garrigues urmându-l pe Lacan, dacă transferul inconştientului pacientului se poate manifesta asupra analistului, de ce să numim aceasta contratransfer ? Este vorba de un singur concept, transferul, care-şi poate găsi locul şi în persoana analistului ; a izola termenul de contratransfer revine la a plasa procesul analitic într-o *confuzie* a intersubiectivităţii.

………………………………………………………………………………………………

…..s-a ajuns în cele din urmă la următoarea definiţie a contratransferului : *contratransferul conţine atât transferul analistului asupra pacientului său, cât şi sentimentele proiectate în el, prin identificare proiectivă, de către* pacient (Anne Alvarez, 1983).